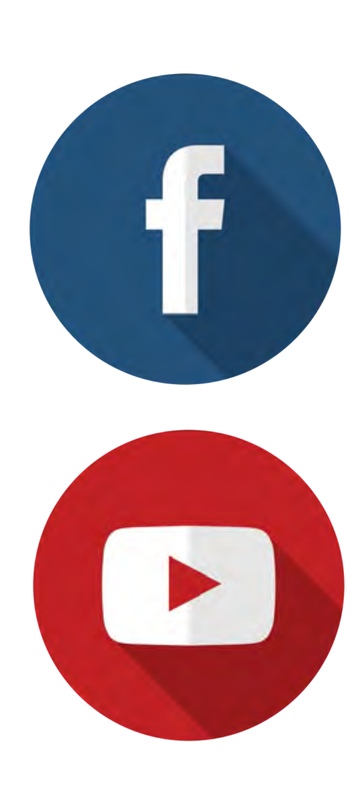

.Net
LA FACULTÉ
SEEK KNOWLEDGE







Souffrance foetale :

Souffrance foetale = ↓ de son oxygénat° = hypoxie
elle peut être → Chronique : qlq sem ou mois
→ Â.

SFC : Σd physiopathologique dont la traduct° clinique st RCIU.

↓ apports placentaires → mécanismes adaptatifs foetaux dont le principe est de privilégier les organes nobles : cœur, cerveau, surrénale.
au détriment d'autres territoires : foie, rein, poumon, tube digestif → ↗ péristaltisme → émission du méconium

- ↗ résistances ombilicales.
- vasodilatat° cérébrale + coronaire
- ↗ glycogénolyse + ↓ sécrét° insuline.
- ↗ anaérobie
- ↗ érythropoïèse
- ↗ sécrét° de cortisol.

Etiologies : inadéquat° des besoins du foetus avec ce qu'il reçoit (O_2 + nutriments)

• Causes maternelles :
- Pb vx : ↓ Q sg, O_2 maternel, PE, HELLP Σd, éclampsie.
- Diabète
- hypoxémie : intox au CO_2, insuff resp, cardiopathies, anémie, tabac, médicaments, excès de CU.

• Causes annexielles :
- DDT = sénéscence placenta.
- HRP.
- infarctus placentaire.
- PP
- latérocidence du cordon : cordon entre dos / épaule du foetus et paroi utérine.
- circulaire du cordon.

• Causes foetales :
- infect°
- anémie
- malf°
- trauma (accidentel ou iatrogène)

Dc ⊕ :
- examen clinique complet : recherche FDR, mesure PA, glycémie, recherche protéinurie, Hauteur utérine + HAF
- ex. compl : • écho + biométrie foetale : si anlie, mesures renouvelées + courbe croissance
  + estimat° du poids foetal : à partir de mesure du BIP et ∅ abd transverse
  + structure placentaire (épaisseur ++, insert°, ...) + Doppler (CO + Carotides)
  + étude morphologique du foetus
  • ERCF (monitorage de 30') : ↓ oscillat° → tracé plat
  ∅ accélérat°
  • Score de Manning : 5 paramètres : HAF, mvts resp, AC, tonus, qtt du LA.

: CAT : ⚠ Devant tt RCIU éliminer erreur du terme

- évaluer le degré du RCIU : écho /15j , ERCF , Doppler , Manning /sem .
- TRT de la pathologie maternelle
- surveillance fœtale + extract° signes de gravité : ERCF plat , arrêt croissance ...

SFA : Pathologie qui survient au cours W . = conséq : perturbat° des échanges M→F = signes d'anoxie fœtale

⚠ C'est l'urgence obstétricale par excellence nécessitant l'extract° fœtale ds les meilleurs délais

: Physio path : au cours du W ⇒ ↓ Passage transplacentaire d'O_2 en rapport avec une hypoperfusion physiologique qui est bien toléré par fœtus endehors dett pathologie .

↳ à l'état pathologique : ↓ du débit placentaire suite à une situat° pathologique
↓
↓ débit fœtal → bradycardie
le fœtus s'adapte à cette hypoxie par redistribut° de la circulat° en privilégiant les organes nobles, et au détriment des autres : territoire splanchnique → hypoxie intest → ↑ péristaltisme + relâchmt sphincters → émission du méconium .

Chez NNé :
- → ischémie mésentérique ⇒ entérocolite nécrosante .
- → " hépatique ⇒ ictère précoce + trble de la coag .
- → si ∅ TRT rapide = Hgie cérébrale , ischémie card .

: Etiologies :
↳ Causes utérines : dystocie mécanique ou dynamique .
↳ " annexielles : HRP , PP Hgique , anlis cordon .
↳ " foetales : préma , anémie , infect° .
↳ " maternelles : tt causes de SFC s'aggravent au cours W Hgies du T3 , hypoTA de posture ou iatrogène .

: Dc :
- → modificat° BCF (brady, tachy , arythmie)
- → " couleur du LA
- → monitorage obst : ERCF
- → PHmétrie sg foetal : (à partir du scalp) ⇒ acidose = SF .

: CAT :
- début W : CSR + CI péridurale (délai d'induct° trop long) .
- à dilatat° complète : → tête engagée → Forceps d'expulsion ; → " nn engagée → CSR
- mère mise en PLG + O_2
- Réa du NNé + correct° métabolique de la SFA .

Scanned by CamScanner